PRESSINERVOSCOPIE

OU

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE POITRINE

PAR

LA COMPRESSION DES PNEUMOGASTRIQUES,

PAR

Le Docteur AUGUSTE PINEL (neveu),

à Passy-Paris, 46, rue de Passy.

PARIS.

...NSTITUT DE MÉDECINE DOSIMÉTRIQUE,

CH. CHANTEAUD ET Ce,

Pharmaciens, 54, rue des Francs-Bourgeois.

1878


22101748926

PRESSINERVOSCOPIE

OU

DIAGNOSTIC DES MALADIES DE POITRINE

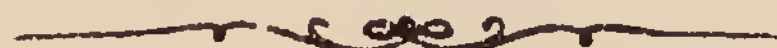
PAR

LA COMPRESSION DES PNEUMOGASTRIQUES,

PAR

LE DOCTEUR AUGUSTE PINEL (NEVEU),

à Passy-Paris, 46, rue de Passy.



PARIS,

A L'INSTITUT DE MÉDECINE DOSIMÉTRIQUE,

CH. CHANTEAUD ET Ce,

Pharmaciens, 54, rue des Francs-Bourgeois.

—

1878

A LA MÉMOIRE ILLUSTRE DE MON ONCLE

PHILIPPE PINEL.

HOMMAGE RESPECTUEUX ET RECONNAISSANT

AU Dr BURGGRAEVE,

Professeur émérite de l'Université de Gand, Chirurgien principal de l'hôpital civil de la même ville,
Membre titulaire de l'Académie royale de Médecine de Belgique,
Membre correspondant de la Société nationale de Chirurgie de Paris, de l'Académie
nationale de Médecine de Madrid et de plusieurs autres Sociétés savantes,
auteur de la Méthode dosimétrique.

A NOTRE PRÉSIDENT

LE DOCTEUR LOUIS HÉBERT,

Pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris.

PRÉFACE.

On sait quelle émotion produisit dans le monde médical l'invention de la stéthoscopie et de la plessimétrie, auxquelles se rattachent les noms à jamais immortels de Laënnec et de Piorry — et cependant, il ne s'agissait encore que de la *constatation* de lésions ou altérations de tissus, contre lesquelles l'art du médecin est le plus souvent impuissant.

Certes, il ne faut diminuer en rien la valeur de ces découvertes, mais il ne faut pas non plus en exagérer la portée.

La *Pressinervoscopie*, trouvée par le docteur Auguste Pinel (neveu), marquera comme un progrès important dans la diagnose, car elle permet de reconnaître la nature et le siége des maladies de la poitrine et de l'abdomen, afin d'y appliquer notre *principe* de médecine dosimétrique, qui est de combattre l'élément dynamique, *cause première* des désordres anatomo-pathologiques, et de rester ainsi fidèle au fameux *principiis obsta*.....

La thèse du docteur A. Pinel avait pour titre : *Recherches sur la pathogénie de l'asthme considérée principalement au point de vue de ses rapports avec les nerfs pneumogastriques*.

Elle fut soutenue le 28 août 1858. — Il y a de cela vingt ans. — Comment se peut-il que pendant ce laps de temps, le silence le plus absolu se soit fait autour de cet important mémoire?

« Les sensations que détermine la compression du pneumogastrique et du grand sympathique sont tellement nettes, que le médecin ne peut s'y tromper, et que le malade ne peut les cacher. » Il éprouve la douleur, la définit, et, suivant une modalité que l'expérience à rendu caractéristique, c'est un asthme, une pneumonie, une pleurésie, une phthisie! et exactement là où la douleur se fait sentir.

Il faut bien le dire : le stéthoscope et le plessimètre sont deux instruments fort simples, il est vrai, mais encore faut-il les avoir avec soi. Le malade s'inquiète pendant que l'on opère, et malgré tout le soin possible, il arrive souvent que tremblant devant la terrible vérité, le médecin n'a que des renseignements incertains.

Combien est différente la recherche par la *pressinervoscopie*; elle n'effraie ni ne fatigue le malade, car c'est presque à son insu que le pouce du médecin exerce la compression.

Cette méthode a cela de précieux que, « sûre au DÉBUT des maladies, » elle permet d'asseoir le traitement, non sur des lésions anatomo-pathologiques confirmées, mais sur des dispositions morbides pouvant être arrêtées dans leur cours.

Elle éclairera aussi la dosimétrie dans le choix des *modificateurs vitaux* à employer. — Nous disons bien exprès : *modificateurs vitaux*, car c'est à la vitalité que les médecins doivent s'adresser, et non à des altérations organiques dont la plupart du temps nous ignorons la nature.

Enfin, grâce à ce moyen, le médecin sera actif quand il doit l'être, c'est-à-dire au DÉBUT de la maladie, alors que la vitalité est à peine entamée. Voilà pourquoi la *pressinervoscopie* est si importante.

Mais il est temps de laisser la parole au docteur Auguste Pinel ; mieux que personne il nous fera connaître la *pressinervoscopie* et les ressources que l'on peut en tirer.

Qu'il nous suffise de dire en terminant que notre confrère a bien mérité de la science et de l'humanité.

D[r] BURGGRAEVE.

Les médecins qui désirent s'exercer à la *pressinervoscopie* peuvent se rendre aux consultations publiques du docteur Auguste Pinel, au siége de la Société dosimétrique de Paris, 54, rue des Francs-Bourgeois, de 3 à 6 heures, tous les samedis.

PRESSINERVOSCOPIE

DIAGNOSTIC DES MALADIES THORACIQUES ET ABDOMINALES

PAR LA

COMPRESSION DES PNEUMOGASTRIQUES ET DU GRAND SYMPATHIQUE,

Par le docteur Auguste PINEL (neveu), à Passy-Paris.



Dans ma thèse dont le sujet était : *Recherches sur la pathogénie de l'asthme, considérée principalement au point de vue de ses rapports avec l'histoire physiologique des nerfs pneumogastriques*, j'ai signalé la douleur produite par la compression sur le trajet des pneumogastriques et leurs ramifications. En poursuivant mes recherches sur les autres affections thoraciques, j'ai rencontré constamment l'existence de cette douleur caractéristique. J'ai été ainsi amené à considérer la compression de la huitième paire comme un nouveau moyen d'exploration dans les lésions des organes thoraciques, précédant les données fournies par l'auscultation et la percussion. L'application du même procédé pour le grand sympathique, m'a fait aussi rencontrer de la douleur dans les maladies abdominales et les maladies cérébrales.

La compression me donne donc la certitude de l'existence d'une lésion abdominale ou d'une lésion thoracique, et me conduit à proposer ce procédé comme devant attirer l'attention avant que l'auscultation et la percussion aient permis de se prononcer.

Il sera surtout d'une grande utilité pour les praticiens dont l'ouïe est affaiblie, et qui ne peuvent plus percevoir les bruits de la poitrine au moyen de l'auscultation et de la percussion. En comprimant les pneumogastriques de leurs malades, ils

seront renseignés par eux des modalités de la douleur éprouvée, et pourront alors établir leur diagnostic et leur traitement.

Je commencerai par rappeler l'anatomie des pneumogastriques, afin de bien montrer la possibilité de leurs indications pathologiques; puis, j'examinerai les différentes sensations que les malades éprouvent suivant la maladie. On verra que ces sensations sont tellement nettes que le médecin ne peut s'y tromper, et que le malade ne peut les cacher. Mais, encore une fois, que l'on ne s'y trompe pas, *c'est au début que mon diagnostic est sûr*, ce qui va suivre le démontrera amplement. Les autopsies que j'ai faites ont confirmé ma théorie, et chacun de mes confrères pourra, dès à présent, l'expérimenter, sans qu'il soit besoin d'attendre que des découvertes partielles viennent recomposer péniblement ce que j'ai trouvé il y a dix-huit ans.

ANATOMIE.

Les pneumogastriques, à leur sortie des trous déchirés postérieurs, jusqu'à leur entrée dans la cage thoracique, se trouvent en rapport : en arrière, avec les muscles grands droits antérieurs de la tête, longs du cou et scalènes antérieurs; à leurs côtés internes, avec les carotides internes; à leurs côtés externes, avec les jugulaires internes; et enfin, antérieurement, avec le faisceau externe du sterno-mastoïdien. Les carotides internes séparent les pneumogastriques du grand sympathique jusqu'à l'intersection de l'omoplato-hyoïdien, où ce nerf ganglionnaire, d'interne qu'il était, devient externe à la huitième paire qu'il accompagne jusqu'à son entrée dans la cavité thoracique.

LIMITES ET POINTS OÙ IL FAUT COMPRIMER CES NERFS.

L'espace qui sépare le trou déchiré postérieur de la clavicule, est de 14 à 15 centimètres. Les pneumogastriques ne sont accessibles *seuls* que sur un trajet de 5 à 6 centimètres, commençant à 10 millimètres de l'apophyse mastoïde, et finissant à l'intersection de l'omoplato-hyoïdien, c'est-à-dire à 7 centimètres au-dessus de la clavicule.

Le grand sympathique, de même que la huitième paire, ne

peut être atteint *seul* qu'en un endroit déterminé, au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, et surtout au bord postérieur du cartilage thyroïde. Ces nerfs se compriment à partir de l'intersection de l'omoplato-hyoïdien jusqu'à la clavicule, en suivant le bord interne du faisceau externe du sterno-mastoïdien. Sont aussi accessibles : les laryngés supérieurs, inférieurs et cardiaques supérieurs, émanant du pneumogastrique.

Les laryngés supérieurs, au moment où il vont pénétrer dans le larynx, c'est-à-dire à 4 centimètres de l'échancrure médiane du cartilage thyroïde, sont limités : en avant, par le muscle thyro-hyoïdien ; en arrière, par la membrane du même nom ; en haut, par l'os hyoïde ; et en bas, par le cartilage thyroïde. Les laryngés inférieurs sont accessibles sur les parties latérales de la trachée, entre elle et l'œsophage, au-dessous de la glande thyroïde.

Les cardiaques supérieurs se séparent de la huitième paire, au niveau du cartilage thyroïde, quelquefois plus haut, rarement plus bas, se dirigent obliquement de dehors en dedans sur les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien jusque vers le milieu de la trachée, et descendent verticalement vers le ganglion cardiaque. Ils sont accessibles au moment où ils arrivent sur la partie presque médiane de la trachée, c'est-à-dire à la fossette sus-sternale.

MODE D'EXPLORATION.

D'après ces données, si l'on explore le côté gauche de la région cervicale avec la pulpe du pouce de la main droite appliquée sur le bord externe de la carotide primitive, et les autres doigts en opposition sur la région postérieure du cou, on sent, sous l'artère, un corps de forme tendineuse qui fuit sous une légère pression.

En fixant ce corps tendineux sur la région antérieure de la colonne vertébrale, on fait naître une impression pénible, due à l'action exercée sur le pneumogastrique.

SENSATIONS PHYSIOLOGIQUES.

Pour juger des différents degrés de sensibilité de ces nerfs, j'ai dû les comprimer à l'état sain.

Étant dans l'impossibilité de m'en rapporter aux sensations de chacun, j'ai cherché un nerf qui pût produire une sensibilité à peu près équivalente à celle du pneumogastrique. J'ai trouvé que le nerf médian, comprimé au poignet, rappelait assez la sensation pénible qu'il me fallait décrire, avec cette différence que la sensibilité est plus grande chez la femme à cause du travail menstruel.

La compression du grand sympathique produit un effet *sui generis*.

ÉTATS PATHOLOGIQUES.

Les états pathologiques sont représentés par l'exaltation de l'impression physiologique; ils sont caractérisés par une douleur très-vive correspondant à l'endroit le plus malade..

Le grand sympathique est excessivement douloureux dans toutes les maladies des organes splanchniques, ainsi que dans l'épilepsie et les maladies cérébrales.

Un fait à remarquer, c'est que dans l'état d'ataxie, le grand sympathique et les nerfs pneumogastriques perdent *même la sensibilité physiologique*. C'est un symptôme très-grave qui annonce le plus souvent une maladie mortelle. Il est pourtant arrivé que la sensibilité ayant reparu, le malade est entré dans une voie d'amélioration; mais je le répète, ce cas est extrêmement rare.

IRRADIATION.

L'irradiation est produite par la compression du pneumogastrique et du grand sympathique; descendante pour le premier, c'est-à-dire se dirigeant vers les poumons, le foie et l'estomac, et ascendante pour le second, se dirigeant vers le cerveau. Elle est la révélation de la douleur qui suit le trajet du nerf comprimé, jusqu'au point affecté, et indique le genre de maladie par sa modalité particulière.

ABSENCE DE L'IRRADIATION.

La première période de la maladie étant passée, l'irradiation n'existe plus. La douleur est locale et se limite à la partie

comprimée, ou bien elle descend et s'arrête toujours aux mêmes points, c'est-à-dire à gauche et à droite du sternum répondant au deuxième et au troisième cartilage des mêmes côtes. Elle se produit, à droite, à la même hauteur et plus profondément qu'à gauche, où elle est sous-sternale. Cette absence d'irradiation indique un arrêt dans la transmission du fluide nerveux de la périphérie au centre. L'obstacle existe au point même où elle cesse; il y a donc là un arrêt dans les fonctions de la huitième paire, une paralysie occasionnée par un corps qui la comprime. Ce corps n'est autre chose que les *ganglions bronchiques* qui sont hypertrophiés, et qui, arrêtant le courant nerveux, donnent de l'oppression et une douleur sous-sternale.

HYPERTROPHIE DES GANGLIONS BRONCHIQUES.

L'hypertrophie des ganglions bronchiques existe dans *toutes* les maladies thoraciques, se modifiant selon que l'on a affaire à l'une ou à l'autre. Ainsi, dans la pneumonie et la pleuro-pneumonie, ils ne sont que congestionnés, et, lorsqu'ils se dégorgent, l'oppression disparaît, le courant nerveux se rétablit, et la douleur aux poumons cesse d'exister.

Dans la phthisie (au contraire), les ganglions bronchiques ont une tendance à la tuberculose et *masquent les douleurs pulmonaires que les malades ne ressentent plus*. Mais si à la suite d'un traitement, l'hypertrophie se modifie ou disparaît, l'oppression cesse, le courant nerveux est rétabli, et le malade ressent de nouveau la douleur au poumon affecté. En comprimant alors le pneumogastrique, l'irradiation se produit au poumon atteint, pourtant avec moins d'intensité qu'avant sa disparition.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'anatomie pathologique démontre l'exactitude de ces assertions.

Au Val-de-Grâce, en 1858, en recherchant la disposition anatomique des ganglions bronchiques, j'ai constaté deux cas d'anatomie pathologique que j'ai montrés à M. le docteur Trudeau, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de l'École militaire du Val-de-Grâce.

Après avoir enlevé le sternum d'un phthisique, au niveau des deuxième et troisième cartilages des mêmes côtes, et avoir séparé le péricarde, je trouvai le nerf phrénique; puis, à environ deux centimètres en arrière, un ganglion de la forme et du volume exagérés d'une figue aplatie latéralement, dont le sommet était dirigé vers la clavicule, et qui comblait, en haut, l'espace compris entre l'aorte et le cordon fibreux qui résulte de l'oblitération du canal artériel. Ce ganglion s'appuyait, à droite, en bas, sur l'artère pulmonaire, et à gauche, sur le pneumogastrique et la bronche gauche. Les parties latérales de ce ganglion, pressées et maintenues entre les membranes sus-mentionnées, le portaient avec force sur les anneaux bronchiques, point sur lequel le pneumogastrique était comprimé.

Le poumon était farci de tubercules, et les ganglions, tuberculeux.

Voici maintenant un autre fait pris sur un sujet mort d'une pneumonie. Après avoir enlevé, reporté et maintenu sur le côté gauche, le poumon droit qui était très-hépatisé, je vis tout l'espace compris depuis l'entrée du pneumogastrique dans la cavité thoracique jusqu'à l'artère pulmonaire, envahi par les ganglions bronchiques, rouges, ecchymosés et très-hypertrophiés. Ces derniers enveloppaient exactement la bronche droite, qui divisait cette masse ganglionnaire en deux parties : l'une supérieure, juxta-posée et pressée par la plèvre sur le pourtour supérieur et postérieur des anneaux bronchiques; l'autre, inférieure, enveloppant le reste de la bronche en la pressant en sens inverse, de manière à comprimer le pneumogastrique aplati et enflammé. Sur d'autres autopsies, j'ai trouvé la même disposition.

DE LA COMPRESSION DANS LES MALADIES THORACIQUES.

Je vais constater les sensations éprouvées dans chaque ordre de maladies dans lesquelles j'ai eu l'occasion de les étudier, soit dans les hôpitaux, soit dans la clientèle, soit enfin aux consultations dosimétriques où j'ai pu les faire observer aux docteurs Burggraeve, Hébert, Hallier, Filleau, etc.

Je ne citerai pas un grand nombre d'observations, parce que la sensation perçue dans chaque maladie est la même pour son

ordre; enfin, parce que ce n'est qu'en pratiquant lui-même mon procédé, que le médecin se convaincra de son utilité dans les débuts des maladies thoraciques, que l'on parviendra ainsi à guérir. C'est, du reste, ce que j'avais déjà fait en le démontrant dans les services de Trousseau, Natalis Guillot, Louis Beau, etc., de MM. les professeurs Bouillaud, Barthe, etc., ainsi qu'à tous ceux de mes confrères avec lesquels j'ai été, et suis encore en rapport.

Laryngite. — Dans la laryngite, soit bénigne, soit grave, j'éveille, en comprimant les deux laryngés, une douleur en rapport avec l'inflammation des parties auxquelles se distribuent ces nerfs, et si la compression est prolongée, les malades m'accusent un sentiment de strangulation. Cette douleur progresse en même temps que la maladie et diminue à mesure qu'elle disparaît.

Bronchite. — Dans la bronchite simple, ou rhume, la sensation que je provoque à l'état sain est exagérée, douloureuse, et excite la toux. Si la bronchite passe à l'état aigu, la douleur devient plus vive à la compression, le sentiment de gêne, de pesanteur et de douleur sourde qu'éprouvent les malades derrière le sternum est immédiatement exalté, et l'irradiation se produit sur le trajet de la huitième paire, jusque dans le poumon, s'accompagnant de quintes très-fortes. Dans la bronchite chronique, avec obstruction pulmonaire et point de côté, la compression produit les mêmes effets que dans la bronchite simple, avec ceci de particulier que l'irradiation disparaît après une abondante expectoration. La douleur provoquée dans ces différentes périodes de la bronchite suit la marche de la maladie et disparaît avec elle.

Asthme. — Dans l'asthme, la compression des nerfs de la huitième paire donne une douleur plus ou moins vive, en rapport avec l'intensité des accès d'asthme. Elle procure un sentiment de strangulation s'il n'existe pas de douleur sous-sternale; mais, s'il en existe, la circulation nerveuse étant modifiée par l'hypertrophie des ganglions bronchiques, il n'y a pas d'irradiation.

En continuant la compression, les malades ressentent une étreinte pénible dans tout le poumon affecté. Toutes les fois qu'il y a engorgement bronchique par l'accumulation des mucosités, il y a de l'irradiation, qui disparaît immédiatement après une abondante expectoration de mucus, et surtout de crachats vermicellés. L'irradiation est quelquefois ascendante; j'ai observé ce cas chez un enfant sur lequel ce phénomène s'est produit d'une manière très-nette.

Au moment des accès, la douleur est tellement vive que les malades repoussent la main, surtout s'ils ont déjà été soumis à ce mode d'exploration.

Les douleurs qui se manifestent dans les régions mastoïdiennes, sus-claviculaires, dorsales et occipitales, précèdent les accès de dyspnée, et ne s'expliquent que par les anastomoses du pneumogastrique avec le spinal, anastomoses qui se distribuent aux sterno-mastoïdiens, aux pectoraux, aux trapèzes et aux occipitaux, par sa branche externe, laquelle reçoit des filets de la troisième et de la quatrième paire cervicale. J'ai provoqué de la douleur au même point en comprimant en même temps les deux pneumogastriques, et ensuite l'un après l'autre, sur deux malades qui se plaignaient d'une douleur très-vive au milieu du dos entre la onzième et la douzième vertèbre. En comprimant la huitième paire, j'éveillais sur l'un des deux sujets une vive douleur qui se reproduisait au creux de l'estomac.

Cette douleur n'est donc pas dans le poumon, car elle est localisée sur un point plus bas, et par conséquent sur le parcours de l'œsophage et sur l'estomac même, la distribution des nerfs de la huitième paire se faisant à ces organes au niveau de la quatrième et de la cinquième vertèbre dorsale.

Pneumonie et Pleuro-pneumonie. — La compression indiquera le poumon atteint dans les débuts de la pneumonie, à l'instant où se manifestent le malaise, le frisson, l'embarras gastrique, et les douleurs plus ou moins vagues de la poitrine, douleurs que la toux et l'oppression augmentent d'intensité. Survient ensuite le point de côté dont la durée n'est que de trois ou quatre jours; si, à ce moment, je pratique la compression sur le trajet du nerf, j'éveille la douleur, et l'irradiation a lieu instantanément,

produisant l'effet d'un coup de canif. Elle disparaît ensuite dès que les râles crépitants, de retour, viennent annoncer une tendance à la résolution.

Souvent l'irradiation n'existe pas, et le trajet de la huitième paire est douloureux jusqu'au niveau des ganglions bronchiques, dont l'hypertrophie est caractérisée par l'oppression sous-sternale, que le malade compare à la sensation d'un corps étranger, y siégeant. Cette hypertrophie se dissipant, le nerf reprend ses fonctions par degrés, et l'irradiation se produit quelquefois, à l'endroit attient, sous forme de gêne. D'autres fois même, la compression n'éveille presque pas de douleur appréciable ; alors, après avoir comprimé les deux nerfs en même temps, et ensuite l'un après l'autre, le malade accuse une légère sensibilité, plutôt d'un côté que de l'autre. Dans ce cas, je trouve à l'auscultation et à la percussion le bruit de souffle, la crépitation et la matité.

J'ai remarqué que dans la pneumonie à forme ataxique, malgré les lésions les plus graves, les malades n'éprouvent aucune douleur parce que, dans ce cas, le nerf est paralysé. Ils ont seulement de l'étouffement, accompagné d'oppression sous-sternale.

Je citerai, à propos de la pneumonie, le cas suivant que j'ai pu faire examiner par le docteur Amédée Latour. auquel j'avais fait part de mon mémoire.

Le 28 octobre 1877, se présenta chez moi une jeune fille de 15 ans, bien réglée, d'une constitution lymphatico-sanguine, venant me consulter ponr des aphthes dans la bouche. Le pouls était à 84, pas de chaleur anormale ni de frisson ; rien ne faisait prévoir une maladie ; elle toussait un peu depuis deux ou trois jours, et avait une légère oppression sous-sternale. Je comprimai le pneumogastrique du côté gauche, elle éprouva une vive douleur, et instantanément l'irradiation se produisit à gauche, en arrière, à l'angle inférieur de l'omoplate, avec la sensation d'un coup de canif. Pourtant avant la compression, cette jeune fille n'éprouvait aucune douleur au cou ni à la poitrine. L'auscultation me donna alors des râles crépitants, et la percussion, une légère matité.

Je lui ordonnai un vésicatoire, trois fois par jour, un granule d'aconitine et un d'arséniate de strychnine, puis, tous les matins, une cuillerée à café de sel de Sedlitz.

Le 29, même pouls à 84. La compression est toujours douloureuse, mais l'irradiation diminue légèrement, ainsi que l'oppression sous-sternale. Langue saburrale. Continuation du traitement. Nourriture légère.

Le 30, pouls à 76. La compression ne produit plus de sensibilité, et l'irradiation cesse. Plus d'oppression sous-sternale. A l'auscultation, la respiration laisse entendre de légers râles muqueux, les vésicules pulmonaires se développent bien. Toujours même traitement. J'augmente la nourriture.

Le 31, absence de sensibilité et d'irradiation, pouls normal. Matin et soir, un granule d'aconitine et un d'arséniate de strychnine; le matin, sel de Sedlitz.

Le 3 novembre, la jeune fille est rétablie.

Je puis donc dire que la sensibilité des pneumogastriques est en raison directe de l'intensité de l'engorgement pulmonaire. Le dégorgement des ganglions de la périphérie pulmonaire s'effectue en même temps que celui des ganglions bronchiques, l'oppression sous-sternale disparaît, et la circulation lymphatique se rétablit. Ce point est très-important, car c'est peut-être là l'origine des maladies de poitrine.

Le 8 novembre 1877, M. P., cultivateur à Fontenay-aux-Roses, en montant une côte, glissa du pied droit, et reçut au côté gauche de la poitrine, au-dessous du sein, le brancard de la brouette qu'il poussait. Il faillit tomber à la renverse par la force du coup. Il se soigna lui-même, et ne m'appela qu'au bout de huit jours, c'est-à-dire vers le 16. Cet homme n'avait jamais été malade, et était d'une constitution robuste. Je trouvai son pouls à 120, chaleur 40,50, langue saburrale, blanche, pas d'expectoration ni d'oppression sous-sternale. En comprimant le pneumagastrique, du côté gauche, irradiation immédiate comme un coup de canif à *l'endroit de la contusion*. A l'auscultation, bruit de souffle et léger frottement pleural. Cet homme n'avait pas été à la selle depuis quatre jours.

Traitement. — Vésicatoire sur la contusion et toutes les demi-heures un granule d'aconitine et un d'arséniate de strychnine, huile de ricin, 30 grammes.

Le 17, pouls à 96, chaleur 38. Continuation du traitement. Légère amélioration.

Le 20, pouls 112, chaleur 40. On avait laissé sécher le vésicatoire, l'oppression était apparue. L'irradiation existait toujours. Je fis entretenir le vésicatoire.

Le 21, le vésicatoire ayant énormément coulé, le mieux commença. Le pouls était à 72, chaleur 38. L'irradiation et la sensibilité avaient disparu, la respiration était libre. Toutes les deux heures un granule d'aconitine et un d'arséniate de strychnine. Limonade purgative, un verre.

Le 22, continuation du mieux.

L'appétit était revenu. Matin et soir, un granule d'aconitine et un d'arséniate de strychnine.

Le 26, il se leva. Je cessai tout traitement, la compression du pneumogastrique ne produisant plus aucune sensibilité sur le trajet nerveux. Aucun bruit anormal à l'auscultation.

Je ferai remarquer que l'oppression sous-sternale n'a paru que lorsqu'on a fait sécher le vésicatoire, et qu'elle a disparu le lendemain après un écoulement abondant, c'est-à-dire lorsque les vaisseaux lymphatiques se sont dégorgés.

Le 1er juin 1878, je suis appelé rue Franklin à Passy, près d'une dame anglaise, qui avait été mouillée trois jours auparavant. Elle se plaint de douleurs très-vives dans les régions antérieure et latérale gauche de la poitrine. Pas d'oppression sous-sternale. Je pratique la *pressinervoscopie*, et immédiatement je provoque la douleur caractéristique de la pneumonie, c'est-à-dire la sensation d'un coup de canif. A l'auscultation, bruit de souffle. Pas d'expectoration. Pouls 120, chaleur 40. Son âge avancé ne me permettant pas de lui faire perdre beaucoup de sang, je pose seulement 3 sangsues sur chaque point douloureux. Je lui donne un granule d'aconitine, un de vératrine et un d'arséniate de strychnine, toutes les demi-heures.

Le 2, le matin, de bonne heure, un verre de limonade purgative. Pouls à 96, chaleur 38. L'irradiation est la même. La perte de sang n'ayant pas été assez forte, je mets de la baudruche sur les piqûres de sangsues et fais appliquer un vésicatoire. Même dose d'aconitine, de vératrine et d'arséniate de strychnine.

Le soir, douleurs très-vives en arrière. Je donne en plus deux granules de chlorhydrate de morphine.

Le 3, la nuit a été calme. Pouls à 96, chaleur presque normale.

Transpiration. La malade se plaint de la douleur en arrière. Je fais appliquer sur le dos un large vésicatoire. Je supprime la vératrine, et continue toutes les heures l'aconitine et l'arséniate de strychnine.

Le soir, il n'y a plus de douleur dorsale. La respiration est bonne et n'est plus douloureuse..

Le 4, nuit bonne. Elle a pris le matin un verre de limonade purgative. La compression n'est plus aussi douloureuse et ne produit presque pas d'irradiation. A l'auscultation, quelques râles muqueux. Toutes les deux heures, un granule d'aconitine et un d'arséniate de strychnine.

Le 5, nuit bonne, pouls à 76. Trois granules d'aconitine et trois d'arséniate de strychnine pour la journée. Nourriture légère. Le pneumogastrique est encore sensible à la compression, mais il n'y a pas d'irradiation.

Le 7, le mieux persiste, les forces reviennent. Cessation du traitement.

Phthisie. — Dans la phthisie, comme dans la pneumonie tout-à-fait au début, au moment où l'auscultation et la percussion ne peuvent offrir à l'observation que le doute et l'incertitude, la compression a une importance d'autant plus grande qu'elle donne immédiatement la raison de l'état pathologique du poumon, par le caractère de la douleur qu'éprouvent les malades. La douleur provoquée au cou est très-forte, et persiste quelque temps encore, après que le doigt a été enlevé. Les malades ressentent de suite une douleur au poumon atteint, douleur qui leur semble produite *par un millier d'épingles qu'on enfonce, et qui va en s'affaiblissant.*

Ainsi que dans la pneumonie, la compression suivant les progrès de la phthisie, provoque des douleurs de plus en plus vives à l'irradiation qui cesse de se manifester au deuxième et au troisième degré, car alors les ganglions bronchiques sont hypertrophiés. Si la phthisie ne progresse pas, l'irradiation s'affaiblit graduellement, puis disparaît ; mais la douleur du cou persiste encore longtemps.

Il ne faut par répéter trop souvent cette exploration à cause de la souffrance qu'on fait éprouver aux malades ; deux ou trois fois

par mois suffisent afin de se rendre compte de la diminution ou des progrès du mal.

Mademoiselle L., employée chez M. Chanteaud, est venue à la consultation dosimétrique le 30 mars 1878, se disant grippée depuis trois semaines. Cette jeune fille, âgée de 19 ans, mal réglée, sang pauvre, ayant des pertes blanches, le teint pâle, les pommettes rouges, l'appétit capricieux, des douleurs vagues à la poitrine, toussait depuis un an et se plaignait d'une douleur sous-sternale. Je pratiquai la *pressinervoscopie* et ne révélai de douleur qu'au niveau des ganglions bronchiques qui comprimaient les nerfs pneumogastriques. L'oppression étant de date récente, je me doutai que l'hypertrophie des ganglions bronchiques était incomplète. J'examinai alors le côté droit de la poitrine. Je comprimai le pneumogastrique droit avec le pouce de la main gauche en même temps que j'appuyais les doigts de la main droite sur la région sous-claviculaire droite de la cage thoracique. Je révélai alors sur le sommet du poumon droit la douleur caractéristique de la phthisie, semblable à des milliers d'épingles. Pratiquant le même procédé pour le côté gauche, excepté que ce fut le pouce de la main droite qui comprima le pneumogastrique gauche et les doigts de la main gauche qui appuyèrent sur le sommet gauche du poumon, je révélai la même douleur qu'à droite. L'auscultation me donna de la respiration prolongée et rude, et la percussion, une légère matité.

J'avais un début avancé de tuberculose accompagnée de chloro-anémie et de bruit de souffle au cœur. Pouls 96, chaleur 38. Sommeil nul, pas de transpiration.

Traitement. — Tous les matins, une cuillerée à café de sel de Sedlitz, deux granules d'iodure de soufre, deux d'arséniate de soude, et deux de sulfate de strychnine le matin, et de même le soir.

Avant les repas, trois granules de quassine.

Le soir, quatre granules de sel de Grégory en deux fois, en mettant l'intervalle d'une heure, et en les laissant fondre dans la bouche.

Vésicatoire au sommet de chaque poumon.

Le 5 avril, les pneumogastriques sont moins sensibles, l'oppression moins forte. Les règles sont venues la veille sans

douleur et plus foncées. Toujours pas de sommeil. Même traitement, avec deux granules de sel de Grégory en plus.

Le 13 avril, l'oppression n'existe plus. L'irradiation est encore douloureuse, mais ne donne plus son caractère spécial. L'appétit est complétement rétabli. Elle reprend un peu son travail.

Le 20, la jeune fille ne ressent plus aucune douleur et a repris complétement ses occupations.

Madame A., rue d'Enfer, 24 ans, accouchée depuis quelques mois, me fit appeler le 24 janvier 1878. D'une constitution lymphatique, ayant des flueurs blanches, restant huit jours sans aller à la selle, et prenant ensuite jusqu'à 60 grammes de sulfate de magnésie sans résultat, heureuse de pouvoir y aller deux ou trois jours après. Douleurs d'estomac et abdominales, maux de tête, pas d'appétit, toussant depuis longtemps, expectoration purulente, sueurs nocturnes, palpitations en montant les escaliers. Étant jeune fille elle était bien réglée, mais depuis son accouchement, les règles s'étaient supprimées pour faire place à des flueurs blanches. Elle avait de l'oppression sous-sternale très-forte, douloureuse et fatiguante à la marche. Je vis donc que cette malade était chloro-anémique et avait une tuberculose du second degré. Je comprimai le pneumogastrique gauche qui ne me donna qu'une douleur locale s'arrêtant au niveau des ganglions bronchiques, hypertrophiés. A l'auscultation, un léger souffle de retour avec craquements en avant et en arrière. A la percussion, une matité sous-claviculaire de 5 centimètres de circonférence en arrière, à l'angle interne et inférieur de l'omoplate. Rien à droite.

Traitement. — Tous les matins, une cuillerée à café de sel de Sedlitz avec un granule d'hyosciamine. Avant chaque repas, quatre granules de quassine. Tous les jours huit granules d'arséniate d'antimoine, huit granules d'iodure de soufre à prendre en quatre fois. Dans la première cuillerée de potage, quatre granules de podophyllin. La nuit, deux et même trois granules d'atropine. Vésicatoire.

Le 26, c'est-à-dire deux jours après, la toux et l'oppression ayant diminué, les ganglions se sont dégorgés, le courant nerveux s'est rétabli, et la compression a produit l'irradiation aux deux endroits atteints, en avant et en arrière. Les garde-

robes sont revenues, les douleurs abdominales ont diminué, l'appétit est bon. Je supprime la quassine. Le 6 février, les pertes blanches se modifient, et deviennent de plus en plus claires. L'expectoration est mousseuse et plus aérée. Bien que l'appétit soit revenu, les forces ne reviennent pas. Je donne deux granules de strychnine et deux d'arséniate de fer, trois fois par jour, je laisse l'iodure de soufre et supprime l'arséniate d'antimoine.

Le 15 février, les forces ayant repris, le mieux se confirme.

Le 22, la malade va de mieux en mieux. Elle garde mes ordonnances pour y recourir au moindre symptôme.

Pleurésie. — Dans la pleurésie simple où il n'y a que la plèvre pariétale d'intéressée, la compression donne de la sensibilité aux pneumogastriques. Si, en même temps on appuie l'index sur le sixième espace intercostal, la douleur se renvoie sous les deux doigts. Cette transmission est produite par les rapports du nerf intercostal avec les ganglions du grand sympathique, et de ce dernier avec les pneumogastriques. Si la plèvre viscérale est intéressée, il vient s'ajouter l'irradiation au signe précédent, ce qui dénote l'inflammation du poumon.

Mme Amélie T., âgée de 45 ans, domestique, est venue le 30 juin 1876 à la consultation dosimétrique. Cette femme, d'une constitution lympathique, avait eu un refroidissement deux jours auparavant. Elle se plaignait de frissons, de fièvre, de toux sèche. Je comprime les pneumogastriques, rien à droite; le gauche est sensible sans irradiation. Mais en comprimant le sixième espace intercostal, je renvoie la douleur sous le pouce qui comprime en même temps le pneumogastrique. J'avais donc affaire à une pleurésie. De la matité à la percussion, et de l'égophonie à l'auscultation.

Pouls 96, peau sèche.

Traitement. — Vésicatoire sur le point douloureux. Toutes les trois heures, deux granules de digitaline, deux de cicutine et deux d'hydro-ferro-cyanate de quinine. Le soir, deux granules de sel de Grégory. Sel de Sedlitz, une cuillerée à café tous les matins avec un granule d'hyosciamine.

Le 6 juillet, la compression est moins douloureuse, le palper

du sixième espace intercostal n'est plus sensible. A l'auscultation, il n'y a plus d'égophonie, mais encore un léger frottement en respirant. Je lui fais mettre de l'ouate sur le côté avec une ceinture de flanelle.

Le 13 suivant, elle était complétement rétablie.

RÉSUMÉ.

D'après le rapide exposé de ces faits, selon que de la compression des pneumogastriques et du grand sympathique résultent la simple manifestation de la douleur, l'irradiation, ou son absence, je conclus :

1° Que la compression de ces nerfs fait connaître l'existence d'une maladie thoracique ou abdominale ;

2° Que si le poumon, l'estomac ou le cerveau sont atteints, on le reconnaît par la direction que suit l'irradiation, et par son mode de production ;

3° Que l'absence d'irradiation, avec douleur prédominante, plus d'un côté que de l'autre ou des deux côtés à la fois, indique un arrêt des fonctions dévolues aux cordons nerveux.

L'auscultation et la percussion viennent confirmer l'exactitude de mon procédé en constatant l'existence de la lésion.

Je ne saurais trop appeler l'attention sur l'inflammation des ganglions bronchiques qui entrave la circulation du sang et de la lymphe, et en modifie la constitution. De là résultent la fièvre, les diathèses dont nous sommes porteurs, et l'aggravation des maladies du poumon.

Je justifie alors l'idée émise par M. le professeur Sappey .

« Lorsqu'un principe morbifique est absorbé, ce n'est jamais « durant son passage dans les vaisseaux lympatiques qu'il « manifeste sa présence, mais au sein des ganglions sur lesquels « il agit en raison directe de la durée de son séjour. C'est « pourquoi la douleur et la tuméfaction de ces organes sont en « général les premiers symptômes par lesquels s'annoncent les « affections du système absorbant. »

Dr A. Pinel (neveu).

